

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

144

Année 1938

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Ishaq HANANIA

né à Bagdad (Irak)

le 10 août 1906

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE SEINE-ET-OISE

**Contribution à l'application
du cloisonnement élargi du vagin
à tous les degrés du prolapsus génital**

Président : M. MOCQUOT, Professeur.

PARIS

JACQUES HAUMONT

48, rue Boissonade

431



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1938

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Ishaq HANANIA

né à Bagdad (Irak)

le 10 août 1906

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE SEINE-ET-OISE

**Contribution à l'application
du cloisonnement élargi du vagin
à tous les degrés du prolapsus génital**

Président : M. MOCQUOT, Professeur.

PARIS

JACQUES HAUMONT

48, rue Boissonade

Le Doyen TIFFENEAU

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	Rouvière
Physiologie	Léon Binet
Physique médicale	Strohl
Chimie médicale	Polonovski
Bactériologie	Robert Debré
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt
Pathologie et thérapeutique générale	Baudouin
Pathologie médicale	Abrami
Pathologie chirurgicale	Chevassu
Anatomie pathologique	
Histologie	Champy
Pharmacologie et matière médicale	Tiffeneau
Thérapeutique	Harvier
Hygiène et médecine préventive	Tanon
Médecine légale	Balthazard
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Laignel-Lavastine
Pathologie expérimentale et comparée	Fiessinger
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice Villaret
	Loeper
Clinique médicale	Carnot
	Clerc
	Marcel Labbé
Hygiène et clinique de la première enfance	Lereboullet
Clinique des maladies des enfants	Nobécourt
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. Claude
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Gougerot
Clinique des maladies du système nerveux	Guillain
Clinique des maladies infectieuses	Lemierre
	Cunéo
Clinique chirurgicale	Gosset
	Grégoire
	Lenormant
Clinique ophtalmologique	Terrien
Clinique urologique	Marion
	Brindeau
Clinique d'accouchements	Couvelaire
	Jeannin
Clinique gynécologique	Mocquot
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	Ombredanne
Clinique thérapeutique médicale	Rathery
Clinique oto-rhino-laryngologique	Lemaître
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval
Clinique propédeutique	Sergent
Clinique de la Tuberculose	Bezançon
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	Mathieu
Clinique cardiologie	Laubry
	Hovelacque
	Mulon
	Olivier
Professeurs sans chaire	Verne



II.—Agrégés en exercice

MM.		MM.	
Ameline	Pathologie chirurgicale	Lantuéjoul	Obstétrique
Bariéty	Pathologie médicale	Laroche(Guy)	Pathologie médicale
Bénard(Henri)	Pathologie médicale	Lelong	Pathologie médicale
Bernard(Étienne)	Patholog.médicale	Lemaire	Pathologie expérimentale
Besançon(Justin)	Hydrologie	Leveuf	Pathologie chirurgicale
Boulin	Pathologie médicale	Mlle J Lévy	Pharmacologie
Bulliard	Histologie	Lévy-Valensi	Neurologie et psychiatrie
Cathala	Pathologie médicale	Ménégaux	Pathologie chirurgicale
Chervallier	Pathologie médicale	Mollaret	Pathologie médicale
Coste	Pathologie médicale	Moreau	Pathologie médicale
Dognon	Physique	Moulonguet	Pathologie chirurgicale
Fey	Urologie	Mouquin	Pathologie médicale
Funck	Pathologie chirurgicale	Oberling	Anatomie pathologique
Galliard	Parasitologie	Petit-Dutaillis	Pathologie chirurgicale
Gastinel	Bactériologie	Piédelièvre	Médecine légale
de Gaudart d'Allaines	Pathologie chirurgicale	Portes	Obstétrique
Gayet	Physiologie	Renard	Ophtalmologie
de Gennes	Pathologie médicale	Richet	Physiologie
Giroud	Histologie	Sannié	Chimie biologique
Haguenau	Pathologie médicale	Sénèque	Pathologie chirurgicale
Halphen	Oto-rhino-laryngologie	Troisier	Pathologie expérimentale
Hazard	Pharmacologie	Turpin	Pathologie médicale
Huguenin	Anatomie pathologique	Vignes	Obstétrique
Joannon	Hygiène	Wilmoth	Pathologie chirurgicale
Lacomme	Obstétrique		

III.—Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
Alglave	Pathologie chirurgicale	Lardennois	Pathologie chirurgicale
Busquet	Pharmacologie	Leroux	Anatomie pathologique
Chailley-Bert	Physiologie	Neveu-Lemaire	Parasitologie
Guéniot	Obstétrique	Vaudescal	Obstétrique

IV.—Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM. Alajouanine Aubertin Brulé Chabrol Chiray Donzelot Duvoir Lian Pasteur Vallery-Radot Sézary	{ CLINIQUE MÉDICALE
--	--

MM. Basset Brocq Cadenat Gatellier Heitz-Boyer Moure Quenu Schwartz Velter	{ CLINIQUE CHIRURGICALE
---	--

MM.
Ecalle
Le Lorier
Lévy-Solal
Metzger

CLINIQUE
OBSTÉTRICALE

V.—Chargés de cours

MM. Chailley-Bert, agrégé Ledoux-Lebard Ruppe Weil-Hallé	Éducation physique Radiologie clinique Stomatologie Puériculture
---	---

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE
A MA MERE

A qui je dois tout.

*Bien faible témoignage de mon amour
filial et de ma reconnaissance sincère pour
tous les sacrifices consentis.*

A MA SŒUR
A MON BEAU-FRÈRE
M. EZRA MEIR NEKAR

*En témoignage de ma reconnaissance la
plus profonde.*

A notre Maître et Président de Thèse,
M. le Professeur PIERRE MOCQUOT,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris.

*Nous le remercions respectueusement
pour l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé
dans son service. Il nous a inspiré cette thèse
et nous a fait l'honneur d'en accepter la pré-
sidence. Nous le prions de bien vouloir trou-
ver ici l'expression de notre profonde grati-
tude.*

A Monsieur le Docteur RAOUL PALMER,
Chef de travaux de gynécologie
à la Faculté de Médecine de Paris,

Qui nous a si aimablement prêté son précieux concours dans la réalisation de ce travail,

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse gratitude et de notre grand attachement.

A Monsieur le Docteur J. HERVY,
Chirurgien de l'Hôpital de Juvisy
et de l'Hôpital d'Arpajon,
ancien interne des Hôpitaux de Paris.

*En reconnaissance de la sympathie et de
l'intérêt qu'il nous a montrés pendant notre
internat dans son service.*

A Monsieur le Docteur L. CAMUS,
Député-maire et Président de la Commission
administrative de l'Hôpital d'Etampes.

*En remerciement du bon accueil qu'il nous
a témoigné durant notre internat à l'Hôpital.*

A Monsieur le Docteur LEJEUNE
Assistant à la clinique gynécologique de l'Hôpital Broca.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
(Stage, Internat)

A MON JURY DE THESE.

A PAULETTE,

A MES AMIS.

INTRODUCTION.

Le cloisonnement large du vagin (opération de Lefort élargie) est considéré par la plupart des chirurgiens comme devant être réservé au prolapsus total des femmes âgées. Monsieur Brocq a tout particulièrement contribué à montrer les excellents résultats qu'on peut obtenir dans ces conditions.

Le Professeur Mocquot pense que le cloisonnement large peut également être appliqué avec avantage au traitement de prolapsus non totaux, et il a mis au point une technique opératoire adaptée à cet usage.

Il a bien voulu nous autoriser à en faire le sujet de notre thèse inaugurale, et nous lui exprimons ici notre bien vive reconnaissance.

HISTORIQUE

L'opération de cloisonnement du vagin au moins dans son principe est de beaucoup plus ancienne que la description de Le Fort. En 1823, un médecin français de Metz, Romain Gérardin, eut, le premier, l'idée de traiter le prolapsus par une suture médiane, après avivement des parois antérieure et postérieure du vagin, transformant ainsi ce conduit en deux conduits séparés qui ne permettaient plus l'issue de la matrice.

En 1867, Neugebauer, Professeur agrégé à l'université de Varsovie, exécuta pour la première fois une opération qui ne différait que très peu de l'opération de Gérardin et qu'il devait décrire en 1881 sous le nom « d'elytrorrhaphia mediana sive elytroclisis partialis mediana. »

Il réduisait l'utérus, puis faisait un avivement sur les parois antérieure et postérieure du vagin, très au-dessous de l'orifice du col (2,5 cm.) sur 4,5 cm. en longueur et 2,5 cm. en largeur.

Les surfaces avivées *n'étaient pas médianes*, mais

toujours reportées soit à droite, soit à gauche. Il réunissait au moyen de fils de cuivre ou d'argent, par des sutures à nœuds qu'il enlevait au bout de 7 à 16 jours.

Jusqu'en 1800 il fit onze fois cette opération avec dix succès.

Dix ans après, le Professeur Léon Le Fort sans connaître, semble-t-il, les travaux du chirurgien de Varsovie, décrit un procédé nouveau pour la guérison du prolapsus, procédé qu'il communique à la société de chirurgie de Paris (1877).

Le Fort pensait que la chute de l'utérus était toujours précédée de celle du vagin « dont les parois sortent, pour ainsi dire par déplissement ». Si l'on pouvait, dit-il, maintenir au contact ces parois opposées, tout prolapsus deviendrait impossible. »

Voici comment le Professeur Léon Le Fort réalisait son intervention :

« L'utérus étant tout à fait hors de la vulve, je fis à ciel ouvert, d'abord sur la paroi antérieure, puis sur la paroi postérieure du vagin, recouvrant l'utérus prolapsé, deux avivements linéaires longitudinaux dans l'étendue de 5 cm. Cela fait, je réduisis l'utérus assez pour mettre en rapport les extrémités de ces deux surfaces d'avivement dans leur partie la plus rapprochée de l'utérus et j'appliquai sur ce bord transversal, trois points de suture; puis, de proche en proche, je suturai les bords latéraux passant sur chacun d'eux le fil de la paroi antérieure à la paroi vaginale postérieure.

Au fur et à mesure de l'application des points de suture, la réduction de l'utérus devenait de plus en plus

complète et quand les deux surfaces avivées furent suturées, la réduction était complète. » (Léon Le Fort.)

Parmi les avantages de son intervention, Le Fort insiste particulièrement sur ce qu'elle n'empêche ni le coït, ni la fécondation, ni l'accouchement : il n'y a qu'à sectionner la bride au moment du passage du fœtus.

Le cloisonnement du vagin a d'abord joui d'une certaine faveur, puis a abandonné chaque jour un peu de terrain, jusqu'à être presque définitivement condamné au Congrès de Chirurgie de 1896, où l'on pouvait entendre Richelot lui adresser le reproche de n'être efficace « qu'à condition d'aviver de larges surfaces et d'oblitérer le vagin. »

Ce n'est que quelques années plus tard que, sous l'impulsion de divers auteurs français et étrangers, cette intervention fut reprise sur des bases nouvelles : la technique en fut sensiblement modifiée, les indications précisées et, à juste titre, limitées ; et peu à peu se dissipa l'indifférence injustifiée qui avait accueilli cette intervention.

C'est à l'école bordelaise que semble revenir le mérite des premières modifications à la conception primitive de Le Fort. Après que Lannelongue eut proposé d'étendre la surface d'avivement, Dubourg y ajouta la périnéorrhaphie, et avec Chavanaz, le cloisonnement vaginal devenait bientôt « l'intervention de choix dans le prolapsus des femmes âgées. »

L'élargissement de la surface cruentée constitue, sans aucun doute, la modification la plus heureuse à la technique primitive.

A Lyon, c'est le Professeur agrégé Gaston Cotte qui

se fait le propagandiste le plus fervent du cloisonnement.

De 1921 à 1922, il pratique 19 cloisonnements et complète chaque intervention par quelques points de suture sur le périnée postérieur. Il publie sès résultats en 1922 dans le *Lyon Chirurgical* et à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. Il consacre à l'opération de Le Fort un remarquable article dans le journal de chirurgie (en collaboration avec Creyssel).

A Paris, en 1913, M. le Professeur Lejars publie dans la *Semaine Médicale* un long article, consacré au cloisonnement vertical du vagin dans le « traitement de certains prolapsus chez les femmes âgées. »

Le Professeur Jean Louis Faure, décrit l'opération et la figure en 1911, dans le traité de gynécologie médico-chirurgical qu'il signe avec Siredey.

M. Douay, son chef de travaux de gynécologie, consacre à l'opération de Le Fort une étude dans le *Journal de Gynécologie et d'Obstétrique* de 1920.

Le professeur Hartmann a toujours pratiqué l'opération de Le Fort; convaincu de la nécessité de l'avivement large, il la rajeunit, en quelque manière, en décrivant sa technique en 1911 dans sa « Gynécologie opératoire », et en 1921 dans le *Journal de Gynécologie et d'Obstétrique*.

A la société de Chirurgie la question fut soulevée en 1923 par la communication de MM. Combier et Murard rapportée par M. Chifoliau et par celle de Gernez.

Des ouvrages sont publiés, Petit - Dutaillys décrit la technique dans la *Gynécologie Opératoire*, Pauchet dans sa « Pratique chirurgicale illustrée ».

A l'étranger, quelques travaux paraissent qui tous proclament la nécessité de l'avivement large. Signalons ceux de Juvara (1919), Watt (1912), Fothergill (1917), Berkerley et Dolley (1920), Krull (1922), etc.

En 1924, paraît la thèse de Nora (G.) ; après avoir fait une étude des différents traitements que l'on peut appliquer aux prolapsus, l'auteur établit une statistique générale des observations d'opération de Lefort jusqu'à ce jour et y joint 54 observations inédites sur lesquelles il ne note pas un seul échec malgré l'âge des opérées (52 à 68 ans) et l'ancienneté des prolapsus traités.

En février 1925, dans le compte-rendu de la société de gynécologie et d'obstétrique, Brocq et Nora présentent une statistique du service de M. le Professeur Lejars; en avril de la même année ils rapportent dans la *Médecine*, les résultats anatomiques et fonctionnels éloignés.

Les mêmes auteurs en 1927 étudient dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratique* les indications des diverses interventions dans le prolapsus des femmes âgées et réservent un long chapitre à l'opération de Le Fort.

En 1929, Crousse publie dans *Bruxelles médical* 26 cas de prolapsus traités par le cloisonnement élargi du vagin sans avoir à enregistrer un seul échec.

En 1935, Brocq et Mlle Dupeux rapportent une nouvelle statistique d'opération de Le Fort, résultats éloignés de 14 cas.

Enfin en 1936, Vergez et Choussat, à la Société d'obstétrique et de gynécologie d'Alger, publient 4 cas de prolapsus génital complet des femmes âgées traités par le

cloisonnement élargi du vagin suivant la technique opératoire préconisée par J. L. Faure, Brocq et Nora.

Depuis un an le Professeur Mocquot emploie une technique nouvelle, qui a l'avantage d'être applicable à tous les degrés de prolapsus génital.

Nous ne nous occuperons plus que du *cloisonnement élargi du vagin*. Nous devons cependant signaler deux opérations qui s'en rapprochent :

1° la *colpoperineocleisis subtotalis* de Labhardt, qui au lieu de deux conduits latéraux, ne conserve qu'un conduit médian sous-urétral.

2° l'*opération de Kovacs*, qui comporte une cloison en forme de L renversé, de manière à conserver en bas un conduit permettant des rapports sexuels.

CLOISONNEMENT ELARGI DU VAGIN.

PRÉPARATION A L'INTERVENTION.

Les soins pré-opératoires sont indispensables et sous leur influence l'aspect du prolapsus va se modifier considérablement.

La qualité et la durée de ces soins varient naturellement suivant les cas.

Ils comprendront toujours trois éléments: le repos horizontal au lit, des soins locaux, des soins généraux.

Le repos horizontal provoquera la réduction partielle du prolapsus par décongestion des organes pelviens car le volume de la tumeur n'est qu'un volume d'emprunt dû à la congestion et à l'œdème, éléments susceptibles de régression.

Les soins locaux comporteront:

— en cas de prolapsus irréductible, un savonnage biquotidien à l'eau bouillie tiède, suivi de pansements humides renouvelés matin et soir.

— attouchement des ulcérations à la teinture d'iode.

— puis, au bout de 48 heures à 3 jours, on commencera les tentatives de réduction.

L'utérus une fois réduit sera maintenu par un fort tamponnement vaginal.

En cas de prolapsus facilement réductible: injection biquotidienne de deux litres d'eau bouillie tiède additionnée d'eau oxygénée ou de permanganate de potasse.

Si la muqueuse ou si le col porte des ulcérations, il faudra panser chacune d'elles par badigeonnage à l'alcool iodé ou lavage à l'eau oxygénée.

Lorsqu'il y a infection vésicale concomitante, on aura recours aux instillations de nitrate d'argent à 1 pour 200 pratiquées tous les deux jours et à l'antisepsie urinaire par l'urotropine.

Les soins généraux ne devront pas être négligés. Nourriture habituelle, évacuation intestinale journalière, surveillance des bases pulmonaires.

Enfin, certaines malades emphysémateuses ont un cœur un peu fatigué : cinq gouttes de digitaline cristallisée pendant la semaine qui précède l'intervention peuvent être un bon adjuvant.

Sous l'influence du repos et des soins consécutifs, l'aspect des lésions va se trouver modifié. Le prolapsus est devenu, s'il ne l'était déjà, réductible, de toute façon son volume sera moindre, les lésions mécaniques, les ulcérations, le métrite du col, si elles existaient, se seront asséchées et guéries.

Cette période préopératoire sera d'une durée variant de quelques jours à deux ou trois semaines. Elle devra être prolongée, si cela est nécessaire, pour obtenir une bonne mobilité de la tumeur et la cicatrisation des ulcérations. Celles-ci sont parfois longues à guérir, les signes de métrite persistent ; dans ces cas l'excision des

ulcérations portant sur les parois vaginales et l'amputation du col deviendront des actes opératoires préliminaires indispensables.

La malade est purgée l'avant-veille, lavementée le soir du jour qui précède l'opération et constipée par 0.05 d'extrait thébaïque par jour. Elle restera constipée pendant 5 jours.

Pubis, vulve et région anale sont nettoyés et rasés. Un bandage en T maintient un pansement provisoire.

L'ANESTHÉSIE

L'anesthésie générale n'est pas nécessaire. Elle est même parfois contre-indiquée.

La Rachi-anesthésie paraît rallier les majorités des opérateurs. Elle est ici particulièrement indiquée: femmes âgées, souvent hypertendues, susceptibilité cardiaque et respiratoire, gravité des complications pulmonaires.

On pratiquera l'anesthésie rachidienne à la dose de 7 centigr. de novococaïne à 5%.

Il est des cas où cette anesthésie se trouve contre-indiquée: malades très âgées, peu résistantes; difficultés techniques (ossifications des ligaments postérieurs des vieillards). On peut alors recourir à l'anesthésie locale.

L'anesthésie locale est souvent suffisante, surtout si on ne fait pas de perinéorraphie complémentaire.

L'infiltration œdémateuse se poursuit en relevant la muqueuse et amorce ainsi le décollement ultérieur de celle-ci.

Elle doit être traçante, circonscrivant le lambeau sur lequel portera la resection.

La surface ainsi limitée sera ensuite pénétrée par quatre injections en diagonale partant des angles et convergeant vers le centre.

On emploiera la seringue de 10 cm³, une aiguille, fine et longue de 7 à 8 cm.

Comme liquide anesthésique, la novocaïne à 1 p. 100.

Cette anesthésie est parfaitement réalisable; elle trouve ses indications chez les femmes âgées ou chez celles pour lesquelles le traumatisme opératoire doit être réduit au minimum. Pourtant elle rend l'intervention plus longue et plus délicate.

L'anesthésie épidurale paraît particulièrement indiquée, elle est obtenue par injection d'une solution anesthésique dans le canal sacré, selon la technique publiée par notre maître, le Professeur Mocquot (1).

La solution anesthésique employée est la solution de novocaïne à 2 p. 200, additionnée de chlorure de sodium et de bicarbonate de soude, d'après la formule de Laewen avec préparation extemporanée.

On utilise des paquets ainsi composés :

Novocaïne	0 gr 60
Bicarbonate de soude	0 gr 15
Chlorure de sodium	0 gr 10

On fait bouillir dans une capsule 30 cent. cubes d'eau distillée. Au moment de l'ébullition, on y jette le contenu du paquet, on laisse bouillir quelques secondes et on arrête, une ébullition prolongée décomposant la novocaïne. Dans la solution refroidie, on ajoute vi

(1) Société de Chirurgie, 6 Juin 1923.

à VIII gouttes d'adrénaline à 1 p. 1000 au moment de l'injection.

Il faut injecter 15 à 20 cent. cubes de cette solution, c'est-à-dire 30 à 40 centigrammes de novococaïne avec une aiguille rigide de 6 à 7 centimètres dans le canal sacré.

La malade est dans le decubitus latéral, les genoux ramenés contre la poitrine ou dans la position gènu-pectorale.

Aussitôt l'injection faite, on place les malades en position opératoire ou dans le decubitus. Il n'est pas nécessaire de les maintenir assis, mais il ne faut pas les placer en position déclive.

L'anesthésie est obtenue très vite : en cinq minutes, elle est en général complète.

L'ACTE OPÉRATOIRE.

La malade est mise en position gynécologique : cuisses fléchies sur le bassin, mollets soutenus, talons fixés dans l'étrier.

PRÉPARATION DU VAGIN.

Lavage à l'eau savonneuse avec une compresse stérilisée. Un temps important est le lavage des culs-de-sac vaginaux. L'utérus sera successivement abaissé, soulevé, porté à droite, porté à gauche.

Injection d'eau bouillie stérilisée.

Lavage à l'éther afin de bien assécher les parois vaginales.

Lavage à l'alcool iodé : un tampon d'alcool est laissé quelques minutes au fond du vagin, le temps que l'opé-

rateur iode le périnée et mette les champs opératoires.
Sondage de la vessie.

INSTRUMENTATION.

- Bistouri,
- Pincés à disséquer à griffes,
- Deux paires de ciseaux (droits et courbes),
- Six kocher,
- 4 pincés longues à dents de souris,
- 2 valves vaginales,
- Matériel de suture:
- 1 aiguille de Reverdin à courbure moyenne,
- Catgut n° 2.

1°) TECHNIQUE DE BROcq ET NORA.

Temps préliminaires :

- a) Curettage de l'utérus.
- b) Amputation du col.

a) CURETTAGE DE L'UTÉRUS.

Brocq et Nora ont l'habitude de mesurer la profondeur de la cavité utérine par l'hystéromètre souple, puis après dilatation aux bougies de Hégar, si cela est nécessaire, de curetter méthodiquement chacune des parois en réservant un temps spécial pour les cornes utérines et la muqueuse endo-cervicale.

Ils terminent par écouvillonnage de la cavité utérine par une gaze enroulée sur une pince languette, imbibée de teinture de iode pure et retirée immédiatement.

b) AMPUTATION DU COL.

Dans les cas rares, du reste, de métrite hypertrophique ou d'ulcération persistante, la résection du col trouve son application.

Elle sera pratiquée après le curettage.

Cloisonnement du vagin.

Une valve est placée sur la fourchette et déprime

la paroi postérieure. Une pince de Museux saisit la lèvre antérieure du col, extériorise l'utérus en l'amenant peu à peu par traction verticale et petits mouvements latéraux.

Il faut que cette extériorisation soit aussi complète que possible. Si l'utérus « vient mal » une partie de cloisonnement devra se faire dans la sub-profondeur et l'on sera gêné d'autant.

Tracé du lambeau antérieur.

La face antérieure de prolapsus est largement exposée.

Quatre pinces longuettes à dents de souris marqueront les limites du lambeau.

Celui-ci aura la forme d'un rectangle mesurant 6 cm. en longueur, 4 cm. en largeur.

Il sera médian.

En haut : tracé linéaire transversal, distant de 2 cm. à 2,5 cm. du méat urétral (il n'y a pas d'intérêt à s'approcher davantage du méat par crainte de cicatrice rétractile qu'intéresserait l'atmosphère cellulaire péri-urétrale et amènerait des troubles de la miction).

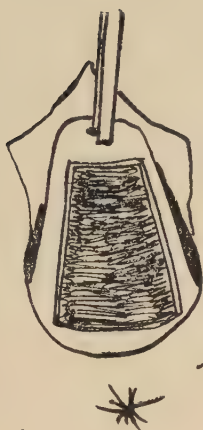
En bas : droite marquant la limite inférieure de l'avivement à 2,5 cm. de l'orifice du col.

Cette muqueuse du museau de tanche qu'on aura ainsi respectée formera la paroi antérieure d'un petit espace libre sous-cervical qui communiquera à droite et à gauche avec les défilés latéraux du vagin.

Sur les côtés : deux incisions linéaires réunissant les deux extrémités de deux tracés précédents. Elles laissent en dehors d'elles un segment de muqueuse va-



1.—Avivement
antérieur



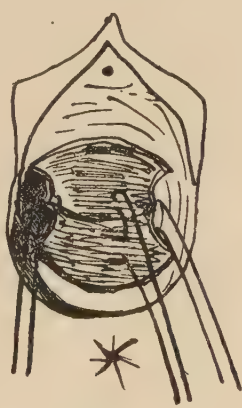
2.—Avivement
postérieur



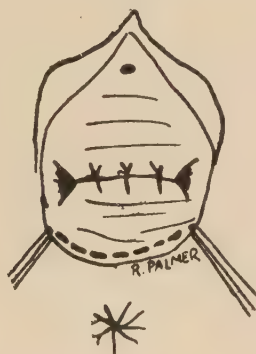
3.—Profil après
avivement



4.—Première
suture



5.—Sutures
successives



6.—Périnéorrhaphie
complémentaire

Planche I. — Technique de Brocq et Nora.

ginale indemne qui constituera la paroi antérieure des canaux latéraux du vagin cloisonné.

Avivement du tracé antérieur. (Pl. I, fig. 1).

Le dépouillement de la muqueuse est amorcé au bistouri, de haut en bas (du méat vers le col) afin de ne pas être gêné par le suintement sanguin.

Une fois amorcé le décollement s'exécute avec facilité à la compresse et par légère traction, lorsqu'on a trouvé le bon plan de clivage.

Pourtant le dépouillement est quelquefois malaisé, dans ces tissus sclérosés, séniles : et il faudra le conduire de bout en bout par petits coups de bistouri. Il devra rester très superficiel car le bas-fond vésical adhérent à la cloison vésico-vaginale est entraîné par le prolapsus et pourrait être blessé si on s'égarait trop profondément.

Une fois l'avivement antérieur terminé, on s'assure d'une hémostase parfaite.

Le saignement en jet de quelques artérioles est exceptionnel. C'est, habituellement, un suintement en nappe qu'une simple compression laissée à demeure pendant le temps de l'avivement du lambeau postérieur suffira à arrêter.

Tracé du lambeau postérieur.

Il aura même forme, même situation et mêmes dimensions que le lambeau antérieur auquel il devra s'opposer et s'adapter très exactement.

Une pince de Museux saisit la lèvre postérieure du

col, est confiée à un aide qui tire en haut en exposant la face postérieure du prolapsus. Cette face se présente souvent assez mal, malgré l'énergie de la traction, un cul-de-sac persiste entre la fourchette et la tumeur. Il y a intérêt à le réduire au minimum pour porter l'avivement le plus bas possible.

Les dimensions du rectangle d'avivement antérieur sont mesurées avec un hystéromètre et reportées une à une sur la face postérieure de la tumeur.

4 pinces longuettes à dents de souris marquent les angles du tracé.

En bas, la surface d'avivement descend aussi près de la fourchette que le permet l'existence du cul-de-sac que nous avons signalé.

En haut, le tracé reste distant de 2 cm. environ du col, la muqueuse respectée formera la paroi postérieure de la gouttière de l'espace libre sous-cervical.

Avivement du tracé postérieur (Pl. I, fig. 2).

La dissection du lambeau ainsi délimité sur la face postérieure sera pratiquée de haut en bas du col vers la fourchette.

Elle est plus difficile que celle du lambeau antérieur car d'une part le champ opératoire est moins bien exposé, d'autre part il existe des plis vaginaux surtout à l'approche de la fourchette.

Il ne faut pas compter sur l'existence d'un plan de clivage. C'est au bistouri qu'il faudra mener la dissection de bout en bout. L'avivement restera très superficiel ; on a toujours tendance à s'engager trop profondément.

dément, ce qui détermine l'ouverture des vaisseaux de certain calibre et expose à l'ouverture du cul-de-sac de Douglas et à la blessure du rectum en cas de rectocèle.

La dissection est achevée, il convient de faire une révision soigneuse de l'hémostase et de lier tout ce qui saigne en jet.

SUTURES.

Une série de points séparés réunit d'abord les deux traits transversaux les plus rapprochés du col. (Planche I, fig. 4.)

Ils rabattent les deux lambeaux de muqueuse du museau de tanche qui forment un canal sous-cervical, avec deux ouvertures, l'une droite, l'autre gauche.

On prend toujours soin de bien réunir ces deux bords : « A négliger cette suture profonde ou à la faire incomplètement, on s'exposerait à ce que le mucus cervical s'infiltrât entre les deux surfaces d'avivement et les infectât de haut en bas ».

A un centimètre de cette première suture, on pratique une seconde série de points transversaux qui enfouit la précédente ; puis une troisième, enfin une quatrième et ainsi de suite. Le premier et le dernier point de chaque série accoleront l'un à l'autre les bords longitudinaux des surfaces cruentées. (Planche I, fig. 5.)

En procédant ainsi on réduit peu à peu le prolapsus. Chaque série de points transversaux fait monter dans la profondeur un segment de l'accollement déjà réalisé, et en fin de compte, on termine par série de su-

tures réunissant les deux traits transversaux, l'un sous-urétrhal, l'autre en arrière de la fourchette.

Le cloisonnement est terminé, il est médian, sagittal, il est embrassé par trois conduits qui forment dans leur ensemble un U renversé, le trait transversal représentant le canal sous-cervical, les deux traits verticaux figurant les conduits longitudinaux latéro-vaginaux.

Règle générale pour les sutures d'appliqué. — Les sutures doivent être faites au catgut moyen, ces fils tombent seuls ou se résorbent, c'est là un réel avantage. L'aiguille de Reverdin ordinaire, à courbure moyenne, se prête à tous les mouvements, elle est d'un maniement facile.

Les fils unissant les bords de l'avivement sont passés en deux fois, de telle façon qu'ils puissent être noués en dehors du plan d'accollement dans le défilé muqueux sous-cervical et latéro-vaginal. « Pour être bonnes, les sutures devront accoler, non seulement les lèvres muqueuses, mais les surfaces cruentées, autrement s'il restait des petits espaces morts à leur niveau, des collections sanguines pourraient y séjourner, l'adhésion serait mal assurée. »

Brocq et Nora préfèrent les points séparés aux sutures en surjet recommandées par Chavanaz et par Cotte et Creyssel. Ils n'augmentent guère la durée de l'opération, ils appliquent mieux les surfaces l'une contre l'autre, ils ont l'avantage de ne pas plisser l'avivement, et de laisser à la cloison toute son étendue.

PÉRINÉORRAPHIE COMPLÉMENTAIRE (Planche I, fig. 6).

Elle n'est pas fondamentale ; ce n'est pas sur elle

qu'il faut compter pour la contention du prolapsus; c'est un acte complémentaire dont l'intérêt est de rétrécir la vulve, et d'en reporter l'ouverture en avant. Le décollement recto-vaginal ne doit pas être poussé très loin ; les tissus du périnée sont rapprochés transversalement par des catguts perdus.

Le reste de la plaie est également fermé par des points transversaux (catgut sur muqueuse vaginale, crin sur la peau du périnée).

Cette périnéorrhaphie complémentaire ne doit pas prendre plus que quelques minutes.

Lorsque le cloisonnement est terminé, on place une sonde de Pezzer dans la vessie.

Un simple pansement avec du coton est maintenu sur le périnée par un bandage en T.

2°) TECHNIQUE DU PROFESSEUR MOCQUOT.

1° *Constitution des conduits latéraux.* (Pl. II, fig. 1 et 2.)

Deux valves exposent les parois latérales du vagin, sur lesquelles une dépression longitudinale marque souvent la ligne d'abord des vaisseaux.

Deux incisions longitudinales, placées de part et d'autre de cette ligne, et distantes de 3 centimètres environ, sont conduites depuis le voisinage du col jusqu'au l'orifice vulvaire. Dès que la muqueuse est incisée, les deux bords de l'incision s'écartent ; il est préférable de commencer par l'incision postérieure pour n'être pas gêné par le sang coulant de l'incision antérieure.

Suture du conduit latéral, du col vers la vulve, au point de Connel-Mayo, de manière à éviter l'éversion de la muqueuse ; le début et la fin du surjet sont conservés longs.

2°) *Colpectomie* (Planche II, fig. 3, 4 et 5).

Dissection de la paroi vaginale postérieure, de bas en haut, depuis la fourchette jusqu'au voisinage du col.

Dissection de la paroi vaginale antérieure depuis le tubercule sous-urétral jusqu'au voisinage du col.

Section des deux lambeaux à leur base, en ménageant suffisamment de muqueuse pour recouvrir le col.

3° *Fermeture du dôme vaginal.* (Planche II, fig. 6.)

La traction sur le début des deux surjets des conduits latéraux extériorise suffisamment la région du dôme vaginal pour permettre de le fermer par des points séparés non perforants.

4° *Recherche des releveurs,*
dans lesquels on place 2 ou 3 crins d'attente.

5° *Accollement vésico-rectal* (Planche II, fig. 7).

Plusieurs étages de points séparés vont accoler la face antérieure du rectum à la face postérieure de la vessie.

6° *Périnéorraphie postérieure* (Planche II, fig. 8).

Les crins d'attente placés sur les releveurs sont également passés à travers le périnée superficiel et la peau de part et d'autre, de manière à reconstituer un périnée postérieur.

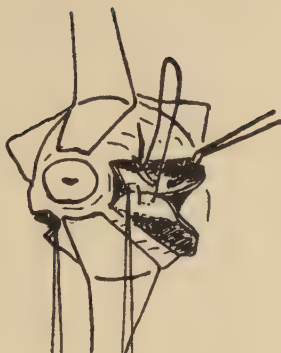
7° *Fin de l'accollement* (Planche II, fig. 9).

Un dernier étage de points séparés finit d'accoler les parois antérieure et postérieure.

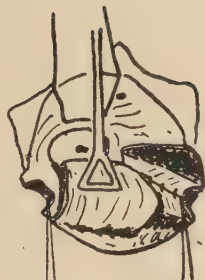
Pas de suture de la muqueuse, pour éviter les hématomes.



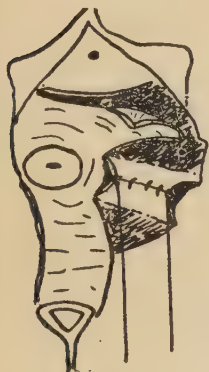
1.—Incisions longitudinales



2.—Suture du conduit



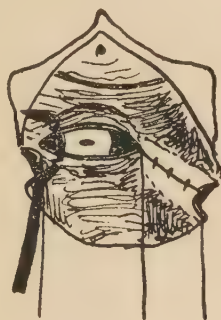
3.—Dissection du lambeau postérieur



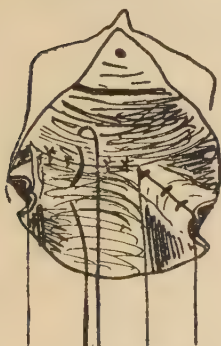
4.—Dissection du lambeau antérieur



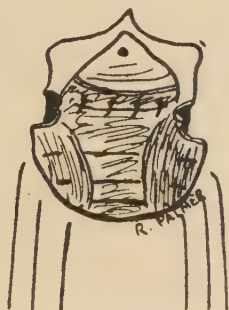
5.—Section des lambeaux



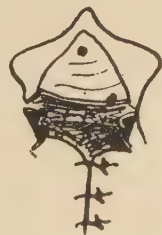
6.—Fermeture du dôme



7.—Accollement vésico-rectal



8.—Périnéorraphie



9.—Opération terminée

Planche II. — Technique du Professeur Mocquot.

INCIDENTS ET ACCIDENTS OPERATOIRES.

L'hémorragie ne peut jamais être importante si l'on reste très près de la muqueuse. L'ouverture de vaisseaux de calibre moyen ne se rencontre qu'au dépouillement du lambeau postérieur et indique toujours une dissection trop profonde.

La blessure de la vessie, théoriquement possible, n'a jamais été signalée. Si l'accident se produisait, une double suture enfouirait la brèche pratiquée, la sonde à demeure, au lieu d'être retirée le 5^e jour, serait laissée jusqu'au 10^e. Il faudrait prendre garde qu'elle ne se bouche par la formation de caillots qui devraient être alors évacués par un lavage à la seringue, avec l'oxycyanure au 1/1000.

L'ouverture du cul-de-sac de Douglas qui fit perdre un malade à Tillaux et jeter le discrédit sur l'opération dès sa naissance, n'a plus aujourd'hui l'importance qu'on lui attribuait autrefois. Si le cul-de-sac était accidentellement ouvert au cours de la dissection, une fermeture en bourse suffirait à l'occlure et ne serait suivi d'aucun accident.

La blessure du rectum ne peut se produire que dans des cas de rectocèle très marquée et méconnue ; aucun exemple n'a été publié.

SOINS POST-OPÉRATOIRES :

La malade est constipée jusqu'au 5^e jour.

Alimentation légère du 2^e au 5^e jour, normale ensuite.

Localement le pansement est ouvert après 48 heures, s'il y a un peu d'écoulement, ce qui est la règle, on assèche superficiellement avec quelques gazes stérilisées, sans aucun lavage.

Certains auteurs mettent à demeure sur les sutures superficielles de la pommade au collargol à 20%.

Au 5^e jour on retire la sonde vésicale.

An 12^e jour ablation des crins cutanés de périnéorraphie.

A partir du 15^e jour, soins de propreté habituelles, que la malade peut se donner elle-même ; il est bon de lui recommander de ne pas prendre d'injections.

Lever du 17^e au 20^e jour.

ACCIDENTS LOCAUX POST-OPÉRATOIRES.

Hématome, désunion partielle, suppuration relèvent d'une faute de technique : mauvais affrontement des surfaces avivées, mauvaise antisepsie vaginale.

Quant aux *incidents* et *accidents généraux post-opératoires*, on ne les observe que chez des malades très déficientes, grasses, emphysémateuses ou cardiaques.

Les conditions extérieures propres à toutes les opérées, la surveillance attentive des poumons et du bon fonctionnement rénal suffirait à les prévenir.

**RESULTATS ANATOMIQUES ET FONCTIONNELS
ELOIGNES (9, 11, 12, 14 ANS APRES L'INTERVEN-
TION) D'APRES BROcq ET NORA (1) :**

« *En position gynécologique*, on constate chez les femmes qui ont subi une périnéorraphie complémentaire, que la vulve est bien reportée en avant. Une hauteur de 2 à 3 travers de doigt sépare la fourchette de l'anús. En écartant les grandes lèvres, on aperçoit la base de la cloison vaginale qui semble s'être rétractée un peu vers le haut et occupe le fond d'un cul-de-sac profond de 3 centimètres en moyenne ; c'est là tout ce qui reste du vagin. La colonne de soutien est souple comme le montrent le toucher vaginal et le toucher rectal. De part et d'autre de cette cloison s'ouvrent les orifices des deux couloirs latéraux ; on peut enfoncer facilement une sonde en gomme dans ces rigoles, y pousser une injection sous faible pression et voir ressortir le liquide injecté du côté opposé, après son passage dans

(1). Journal de Médecine des praticiens, 1927.

le canal sous-cervical. Le toucher rectal combiné à la palpation abdominale permet de sentir l'utérus très haut dans le bassin, quelquefois basculé en arrière, sans que la malade accuse de la gêne.

Il n'y a aucune procidence des parois vaginales, ni debout, ni en position gynécologique ; ce n'est que sous l'impulsion d'un effort énergique que les tissus font une légère saillie entre les grandes lèvres. On peut donc affirmer que le résultat cherché est atteint et que le prolapsus, réduit et maintenu, n'a pas de tendance à se reproduire. Il y a mieux, les troubles fonctionnels ont disparu ; les malades ne sont nullement incommodées ; elles ne se plaignent plus ni de troubles urinaires, ni de difficultés de la défécation. Toutes celles que nous avons revues ont repris une vie active ; quelques-unes même se livrent aux travaux des champs. Toutes se sont déclarées entièrement satisfaites. »

INDICATIONS. ET CONTRE-INDICATIONS OPERATOIRES.

On sait que le cloisonnement élargi du vagin a pour effet d'entraîner l'occlusion définitive du vagin.

Cette intervention doit donc être de toute évidence réservée aux femmes âgées et les malades doivent être exactement prévenues des conséquences qu'elle entraîne pour elles.

Le cas le plus indiqué est le prolapsus total où l'utérus est complètement extériorisé ; mais grâce à la nouvelle technique du professeur Moequot, le cloisonnement élargi du vagin est maintenant applicable dans tous les cas où l'on est autorisé à rendre le vagin impraticable, que le prolapsus soit total ou non.

L'absence de toute musculature périnéale est une indication formelle du cloisonnement du vagin.

L'existence de métrites hypertrophiques du col avec ulcération nécessite un traitement particulier qui n'exclut pas le cloisonnement.

La nature de ces ulcérations doit être reconnue bénigne et dans les cas douteux, on doit recourir à la biopsie.

Les soins pré-opératoires améliorent ces lésions et souvent même les guérissent, mais, lorsqu'après traitement il persiste un gros col polykystique, et ulcéré bien que l'on puisse espérer la guérison ultérieure lorsque ces lésions ne sont plus exposées au contact extérieur, mieux vaut encore amputer le col avant de recourir au cloisonnement.

Les lésions **concomitantes** de l'utérus et des annexes contre-indiquent le cloisonnement.

Mais seul le cancer exclut toute thérapeutique chirurgicale chez les femmes âgées.

Dans le cas où il existe de grosses lésions utéro-annexielles, le prolapsus passe au second plan, aucune thérapeutique dirigée contre lui ne viendrait à l'esprit d'aucun.

En dehors des maladies constitutionnelles très avancées (diabète, tuberculose sénile) on peut étendre très loin les indications de cette opération.

L'anesthésie rachidienne, l'anesthésie épidurale même l'anesthésie locale permettent de la réaliser chez des malades relativement très affaiblies.

VALEUR DU CLOISONNEMENT ELARGI.

L'opération du cloisonnement élargi est une excellente opération et supérieure à toutes celles qu'on a voulu lui opposer.

« C'est une opération bénigne et efficace », disent les rapporteurs au Congrès 1923. Cette bénignité s'explique d'ailleurs parfaitement, si l'on veut bien considérer qu'il s'agit d'une intervention très simple peu traumatisante, portant uniquement sur des muqueuses, n'entraînant pas d'hémorragie importante et comportant une anesthésie qu'on peut toujours rendre minima.

Les résultats immédiats sont excellents ; Dieulafé (In société d'obstétrique et gynécologique de Toulouse, 13 mars 1929) présentait l'observation d'une de ses malades opérée d'un prolapsus particulièrement accentué (l'utérus flottait entre les cuisses) et dont le résultat se maintenait excellent après 4 mois. A la même séance pour bien montrer les effets de l'intervention, Baillat annonçait que sa dernière opérée venait d'acheter une bicyclette.

Les résultats éloignés se résument en cette formule :

lorsque l'opération a été correctement exécutée, la récurrence est impossible. La cloison médiane empêchera à tout jamais le déroulement des parois vaginales.

Le cloisonnement élargi du vagin est bien une intervention bénigne et efficace. Il ne présente pas l'inconvénient de la colpectomie totale ou opération de Müller qui supprime tout rapport de l'utérus avec l'extérieur ; de plus une affection néoplasique est une éventualité toujours possible. (Voir obs. n° X.)

STATISTIQUE GENERALE.

En 1881, Fauny Bertin publie 3 interventions qui sont 3 succès.

En 1881, Dubois, 9 interventions, 7 succès d'emblée, 1 succès après opération itérative.

En 1886, Lannelongue, 1 intervention avec guérison.

En 1888, Courtin, 1 opération suivie de guérison.

En 1889, André, 35 succès et 5 insuccès, dûs à fautes évitables.

En 1891, Dubreuil, 1 intervention, 1 succès.

En 1894, Dubourg, 3 interventions, 1 succès.

En 1906, Mangin, 17 cas, 17 durables.

En 1909, Chavanaz dit l'avoir pratiqué une dizaine de fois et toujours avec résultats éloignés satisfaisants.

En 1919, Wyatt, 8 opérées, 6 revues restent guéries depuis 5 à 11 ans.

En 1920, Douay, 4 opérations, 4 guéries.

En 1920, Krull, 36 interventions, 34 succès, 10 malades revues restées guéries.

En 1922, Cotte, 12 cas, 12 guérisons.

En 1923, Combier-Murard, 12 cas, 8 revues guéries, avec 2 guérisons de plus de 10 ans.

En 1923. Gernez, 2 interventions, 2 résultats excellents datant d'un an.

En 1923, Cotte, 6 nouveaux cas, 6 succès.

En 1923, Dambrin, 2 observations, 2 succès.

En 1923, Chavanez 12 cloisons, 5 malades revues guéries.

Au congrès de Chirurgie de 1923 :

Mayer, de Bruxelles rapporte 3 interventions, 3 succès.

Léo, 8 interventions, 8 succès.

Vanverts (de Lille) rapporte 12 interventions, 10 succès.

Leclerc (de Dijon) rapporte 12 interventions, 12 succès.

Rastouil (de la Rochelle) rapporte 10 interventions, 10 succès.

Gouillond rapporte 2 interventions, 2 succès.

Potterat rapporte 8 interventions, 8 succès.

Potvin (de Bruxelles), 3 cas, 3 succès.

En 1925, Douay 12 cas, 12 succès.

En 1925, Dujarier et Larget, 15 cas, 15 succès.

En 1925, Brocq et Nora, 38 cas, 38 succès.

En 1929, Crousse, 26 cas, 26 succès.

En 1935, Brocq — Mlle Dupeux, 14 cas, 1 échec (technique incomplète).

En 1936, Vergez et Choussat, 4 cas, 4 succès.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I.

Mme B..., 73 ans, envoyée par la Rochefoucauld pour prolapsus utérin total qui ne reste réduit qu'au lit. Elle entre à l'hôpital le 29 mai 1936.

Début. Il y a 3 ans, pertes blanchâtres. Pas d'amaigrissement, ne souffre pas.

Antécédent. Périnéorraphie il y a 3 ans. Examen le 30 mai 1936.

Col abaissé, petit, atrophié.

La paroi antérieure du vagin surtout s'abaisse ; sur la paroi postérieure du vagin, il existe des petites ulcérations.

Intervention le 10 juin 1936 par le professeur Mocquot.

Anesthésie épidurale 36 centigr. de novocaïne.

Le col ne s'abaisse pas suffisamment pour que l'opération puisse être exécutée sur le vagin extériorisé, elle est donc pratiquée sans extériorisation par la technique de M. Mocquot.

Sortie le 22 juillet 1936 en bon état.

Revue le 18 mai 1937 : Le résultat fonctionnel est parfait ; cependant la partie inférieure des deux canaux s'est fusionnée sur 2-3 centimètres.

OBSERVATION II.

Mme S..., 61 ans, vient pour prolapsus et entre à l'hôpital le 12 novembre 1936.

Examen le 14 novembre 1936 par M. Mocquot.

Prolapsus du second degré, grosses hémorroïdes, orifice du col à peine visible. Utérus très petit, légèrement dévié à gauche, l'orifice cervical est très étroit et n'admet pas le passage d'un stylet. L'oblitération de l'orifice cervical est complète mais sans aucune rétention intra-utérine. On sent les 2 releveurs surtout à droite.

Intervention le 18 novembre 1936 par M. Mocquot.

Anesthésie Scleich. Le prolapsus étant réduit, on pratique l'opération de Lefort élargie (technique M. Mocquot).

Sortie le 26 décembre 1936.

N'a pas répondu à la convocation.

OBSERVATION III.

Mme G..., 54 ans, vient pour prolapsus total et entre dans le service le 6 janvier 1937.

Début : il y a un an et le prolapsus apparaît surtout à la station debout.

Incontinence d'urine à la toux, douleurs, tiraillements dans le bas ventre. Pertes blanches peu abondantes. Pas de constipation ; ménopause à 51 ans.

Examen. Cystocèle très marquée. Déroulement presque total de la paroi vaginale antérieure, rectocèle peu marquée.

T. V. Col un peu irrégulier et s'abaissant facilement. Releveurs assez bien individualisés.

Speculum. Ulcération du col, muqueuse vaginale normale.

Lugol : persistance des petites taches blanchâtres sur le col.

Intervention le 29 janvier 1937 par M. Mocquot.

Anesthésie : Protoxyde d'azote ; on pratique l'opération de Lefort élargie (technique M. Mocquot).

Revue le 18 mai 1937. Résultat très bon ; on arrive à cathétériser les deux canaux latéraux séparés par un bloc cicatriciel.

OBSERVATION IV.

Mine Pier..., 63 ans, entre le 1er mars 1937 pour prolapsus. Il y a 3 ans a présenté des pertes rouges qui ont duré un mois. En novembre 1936 a eu une hémorragie peu abondante mais continue.

Examen. Prolapsus total de l'utérus et du vagin dont la muqueuse est complètement éversée ; cystocèle et rectocèle considérables, col kératinisé, siège d'excroissances polypoides.

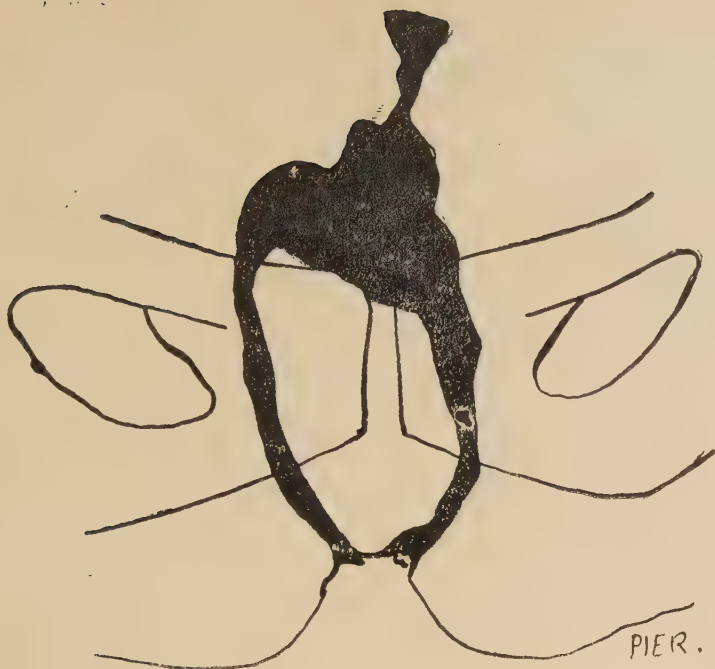
Intervention le 8 mars 1937 par M. Mocquot.

Anesthésie rachidienne à la syncaïne.

Le prolapsus étant réduit, on pratique l'opération de Lefort élargie (technique M. Mocquot).

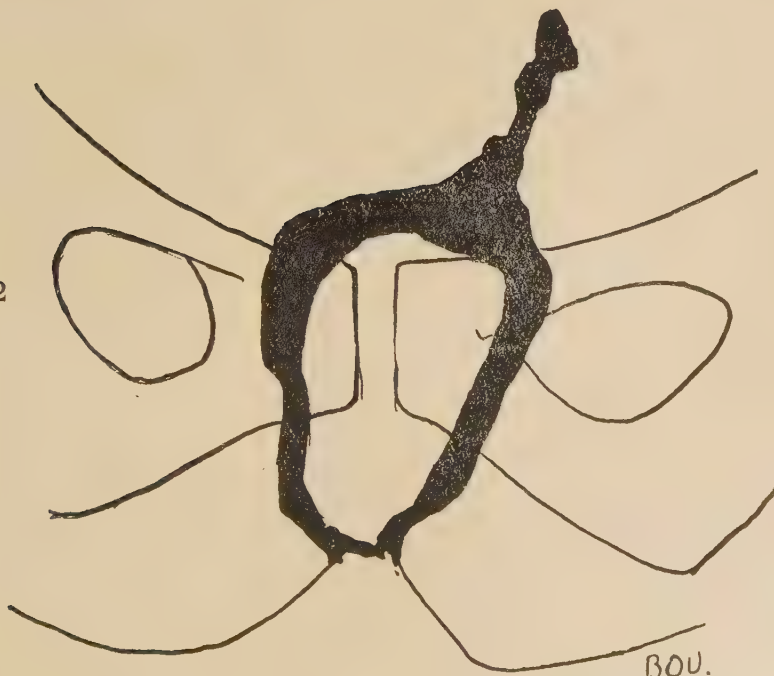
Revue le 1er juin 1937 : Résultat très bon, canaux perméables. Une radiographie a été faite après injection de baryte (Planche III, fig. 1).

1



PIER.

2



BOU.

Planche III. — Radiographie après injection de baryte.

OBSERVATION V.

Mme Br..., 71 ans, entre dans le service le 12 avril 1937. Elle présente un prolapsus du 2^e degré avec plaques de leucoplasie sur le col et le dôme vaginal. La principale plaque de leucoplasie est située sur le côté gauche de col dans la région où la muqueuse ne peut pas être enlevée dans l'opération.

Intervention le 21 avril 1937 par M. Mocquot.

Anesthésie rachidienne à la syncaïne. Cloisonnement élargi du vagin (technique M. Mocquot).

Revue le 17 mai 1937, Très bon résultat.

Une *radiographie* a été faite (planche III, fig. 2).

OBSERVATION VI.

Mme C..., 62 ans, entre dans le service le 27 avril 1937 pour prolapsus.

Depuis 6 mois environ la malade accuse des douleurs dans les régions inguinales plus marquées à la fatigue et à la marche. Incontinence d'urine légère. Pollakiurie diurne et nocturne.

Antécédent. Opérée en 1922. Hystérectomie subtotale pour salpingite double et gros utérus fibromateux et retroverse. Appendicectomie, pas de fausse couche.

Examen par le professeur Mocquot.

Abaissement très marquée de la paroi vaginale antérieure. Postérieure en place. Releveurs bien développés. Col abaissé atrophique prend encore le lugol, cependant d'une façon irrégulière.

Intervention le 12 mai 1937.

Anesthésie Schleich. Cloisonnement élargi (technique M. Mocquot).

Revue le 2 juin 1937. Il n'y a aucune dépression vulvaire: les deux orifices latéraux sont très nets.

OBSERVATION VII.

Mme B..., 57 ans.

Se plaint d'un prolapsus génital pour lequel elle a demandé conseil il y a 2 ou 3 mois, mais dont le début est beaucoup plus lointain.

Pas d'incontinence d'urine, mais des besoins fréquents. Très bonne santé. Ménopause datant de 10 ans. Quatre enfants.

Prolapsus du 2^e degré. — Cystocèle volumineuse : le col apparaît hors de la vulve.

Une petite hernie ombilicale.

Opérée le 8 juin 1936 par M. Mocquot.

Incisions longitudinales à l'union des faces antérieure et postérieure et des faces latérales du vagin. Dissection des lambeaux antérieur et postérieur, puis suture progressive à points séparés des canaux muqueux des deux côtés.

Affrontement des surfaces cruentées antérieure et postérieure.

En arrière, recherche des releveurs et périnéorraphie par trois points de suture.

Un petit drain dans l'espace cruenté.

Suites opératoires un peu troublées par une infection vésicale ayant nécessité des lavages.

Revue le 5 novembre 1936. Bon résultat ; quelques pertes blanches.

OBSERVATION VIII

Mme S..., présente depuis l'âge de 32 ans, un peu de descente de matrice. Elle avait consulté à l'époque et on lui avait conseillé des injections d'alun.

A 52 ans, à l'époque de la ménopause, le prolapsus s'est accentué un peu et les injections d'alun n'ont pas donné d'amélioration.

La malade éprouve seulement un peu de gêne ; elle n'a aucun trouble urinaire. Elle dit avoir perdu il y a trois semaines, quelques gouttes de sang, mais cet incident ne s'est pas renouvelé.

Elle a eu trois enfants, les accouchements ont été très faciles. Elle est en très bonne santé. Elle a essayé de porter un pessaire qui ne tient pas et en présence de l'augmentation progressive du prolapsus elle se décide à l'intervention chirurgicale.

— Prolapsus génital assez volumineux constitué surtout par une cystocèle. Le col utérin est fortement abaissé et arrive presque à la vulve.

Les releveurs sont très écartés ; le droit tout à fait déficient.

On note un peu d'irritation à la paroi postérieure du vagin.

Opération pratiquée le 20 juin 1937.

Opération de Le Fort, suivant la technique habituelle de M. Mocquot.

Création d'un canal muqueux de chaque côté.

Avivement des deux surfaces antérieures et postérieures et accolement par une série de points échelonnés. Un point de suture a été placé sur les releveurs et un sur le périnée.

La malade a été revue le 12 octobre 1937. Elle est en bon état, elle présente une petite saillie polypoïde de la muqueuse uréthrale au méat : il lui arrive quelquefois en cas de besoin impérieux, de laisser échapper quelques gouttes d'urine.

La cicatrisation est parfaite : il persiste de chaque côté un petit conduit muqueux facile à catheteriser. Le prolapsus est parfaitement corrigé.

OBSERVATION IX

Malade M. R..., âgée de 64 ans, nullipare, opérée en 1936 pour prolapsus utérin (hystéropexie et cloisonnement de Douglas) .

Depuis le début de mai 1937 la malade sent à nouveau une masse faisant hernie dans le vagin dans la position verticale.

Examen le 18 mai 1937 par M. Mocquot.

Le col utérin apparaît à l'orifice vulvaire. L'utérus semble avoir abandonné la paroi abdominale antérieure. Il est dans l'axe du vagin. Les releveurs sont faibles.

Opération pratiquée le 4 juin 1937.

Cloisonnement du vagin par la technique habituelle de M. Mocquot.

Anesthésie Schleich.

Revue le 16 novembre 1937.

Etat parfait au point de vue opération. La malade perd peu ses urines à la marche et à la toux.

Traitée par l'électricité

Cette observation est intéressante, car elle montre que le procédé du Professeur Mocquot peut être appliqué sans difficulté excessive chez des nullipares.

OBSERVATION X

Enfin, nous reproduisons ici l'observation de Mr. Brocq où un cancer du col a pu être décelé grâce à la persistance de conduits vaginaux.

Mme F..., 76 ans et demi.

Prolapsus presque total, avec col gros, sale, très exulcéré.

Préparation au lit pendant 15 jours. Guérison de l'exulcération.

Réduction bonne du prolapsus.

22 juillet 1932 : Anesthésie rachidienne basse. Cloisonnement élargi du vagin. Petite périnéorrhaphie postérieure. Suites opératoires très simples. Sortie le 31 juillet.

2 septembre 1932 : Très bon état général et local. La cloison est large et solide et les deux petits canaux latéraux très bien constitués.

Dans la suite suintement sanguin persistant par le vagin.

En dilatant légèrement le canal gauche on arrive à faire une biopsie sur le col à l'aide d'un bronchoscope.

Examen histologique : Epithélioma malpighien intermédiaire à tendance spino-cellulaire.

Le 5 décembre 1932, en collaboration avec Rubens Du-

val on place au contact du col trois tubes de radium que l'on bloque en bonne place avec une longue mèche iodoformée. Ils y restent dix jours.

La malade quitte la maison de santé le 17 décembre.

On fait de la radiothérapie pénétrante.

Peu après, nouveaux suintements sanglants.

28 mars 1933 : biopsie sur un bourgeon dur exulcéré qui se trouve sur la cicatrice vaginale. Epithélioma infiltrant suivant le type épidermoïde.

15 avril 1933 : agitation, langue sèche, début d'une urémie lente. Mort.

OBSERVATION XI

Nous croyons utile de donner également l'observation suivante d'opération de Lefort où le cloisonnement n'a porté que sur la partie supérieure du vagin.

Deux ans après on constate une cystocèle importante avec incontinence partielle d'urine. *On voit par cette observation que pour être efficace, le cloisonnement doit porter sur toute la hauteur du vagin.*

Mme Ry..., 63 ans.

Hystérectomie subtotale le 14 février 1918 pour un fibrome.

Le 12 décembre 1934 on trouve :

- Cystocèle importante,
- Pas de rectocèle,
- Périnée assez bon,
- Papillome cervical.

Opérée le 18 décembre 1934 par M. Proust.

Anesthésie : Ether.

1° Résection du col (hémotase difficile).

2° On complète l'opération par un avivement de la cloison vésico-vaginal et recto-vaginal portant sur la partie supérieure du vagin, de manière à conserver un cul-de-sac assez important.

Suture en 5 à 6 plans.

Une mèche iodoformée.

Revue le 14 mai 1937. On trouve :

1° Cystocèle importante.

2° Pas de rectocèle.

3° Cul-de-sac vaginal large, souple avec deux orifices latéraux ayant un peu l'aspect de cols utérins.

Il existe une incontinence partielle des urines.

On prescrit gènostrychnine.

Revue le 11 juin 1937. Grande amélioration de l'incontinence d'urine.

CONCLUSIONS:

1°) Le cloisonnement élargi du vagin donne d'excellents résultats immédiats et éloignés dans le prolapsus total des femmes âgées.

2°) Les techniques habituellement employées, en particulier celle de Brocq et Nora, ne sont applicables qu'au prolapsus total.

3°) La technique du professeur Mocquot est au contraire applicable dans tous les cas où l'on est autorisé à rendre le vagin impraticable, que le prolapsus soit total ou non.

4°) Elle consiste, sur les organes rentrés, à constituer d'abord les conduits latéraux et le conduit transversal sous-cervical, à pratiquer ensuite la colpectomie des deux lambeaux vaginaux postérieur et antérieur, enfin à accoler par plusieurs étages de sutures la vessie au rectum ; une périnéorrhaphie postérieure complète l'opération.

Vu: Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu: Le Président de la thèse,
PIERRE MOCQUOT

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE.

AUSTRY. — *Contribution à l'étude du traitement des prolapsus génitaux et du cloisonnement du vagin en particulier.* (Thèse de Bordeaux, 1923.)

BIVAS. — *Le cloisonnement vaginal de Le Fort.* (Thèse de Toulouse, 1931-32.)

BONNAL. — *Du traitement du prolapsus utérin chez les femmes âgées* (Comité Méd. des Bouches-du-Rhône, 19 novembre 1926).

BOTTATO. — *Traitement du prolapsus génital total.* (Gaceta med. espan. n° 6, mars 1935).

BROCQ et Mlle DUPEUX. — *Nouvelle statistique d'opération de Le Fort, résultats de 14 cas de cloisonnement large du vagin pour prolapsus génital complet chez des femmes âgées* (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, février 1935 ; In : Rev. Franç. de Gyn. n° 4, avril 1935).

BROCQ et Mlle DUPEUX. — *L'opération de Lefort, opération de choix du prolapsus génital total chez les femmes âgées* (Journ. de médecine de chirurgie, tome CV, 10. 3. 34).

BROCQ et NORA. — *Le traitement du prolapsus utéro-vaginal chez les femmes âgées par l'opération de Le Fort élargi* (Gyn. et Obst. n° 5, mai 1925).

BROCQ et NORA. — *L'opération de Léon Le Fort* (La Médecine, avril 1925).

BROCQ et NORA. — *L'opération de choix de prolapsus utéro-vaginal complet chez les femmes âgées* (Journ. de médecine et de chirurgie pratique, 10 oct. 1927).

CHAVAUNAN. — *Le cancer est-il rare sur l'utérus prolabé du 2^e et 3^e degré* (Soc. de Chirurgie, Paris, 31 janvier 1923).

J. CHOSSON. — *Le cloisonnement élargi du vagin ; opération dite de Le Fort, dans le traitement du prolapsus complet des femmes âgées* (Marseille médical, 15 févr. 1933, p. 251).

COMBIER, MURART. — *Rapport de Chifoliau* (Soc. de Chir., Paris, 16 mai 1923).

CROUSSE (R.). — *Le traitement de prolapsus génital total des femmes âgées par le cloisonnement du vagin* (Soc. Belge de Gyn. et d'Obst., 3 nov. 1928).

CROUSSE (R.). — *Traitement de prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement élargi du vagin* (Bruxelles méd., n° 14, 3 fév. 1929, p. 393).

CROUSSE (R.). — *Traitement de prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement élargi du vagin Opération de Lefort modifiée ; résultats de 26 interventions et technique* (Ann. inst. Chirg. de Bruxelles, 30, 61-74, 15 avril 1929).

CONSTANTINI. — *Prolapsus génital ; colpectomie subtotale avec amputation du col* (Soc. d'obst. et de Gyn. d'Alger, 11 déc. 1927).

G. COTTE et J. CREYSSEL. — *Traitement du prolapsus génital des vieilles femmes par le cloisonnement du vagin* (Journ. de Chir., 20 ; 145-155, août 1922).

COULOMB. — *Une indication de l'hystéropexie, traitement des ulcération rebelles des prolapsus génitaux du 3^e degré* (Thèse de Marseille, 1934-35).

DELBET. — *Les prolapsus génitaux* (Journ. des praticiens, 25 janvier 1930, n° 4, p. 51).

DELBET. — *Les prolapsus génitaux, quelques considérations anatomiques* (Journ. des praticiens, 8. 10. 1932).

DELETREZ. — *Traitement du prolapsus utéro-vaginal total* (Acad. Royale de méd. de Belgique, 28 avril 1928).

DESMARET. — *Rapport de Savariaud* (Soc. de Chir., Paris 1926, p. 662).

M. L. DIEULAFE. — *Prolapsus génital total chez une femme très âgée, traitée par l'opération de Le Fort* (Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn., 18, 674, nov. 1929).

DOUAY. — *Prolapsus génital* (L'Hôpital, n° 327, janvier 1933).

DUJARIER (CH.) et LARGET. — *Technique opératoire de la colpectomie totale dans le prolapsus complet des femmes âgées* (Journ. de Chir., 1925, t. 25, p. 283).

FAYOT. — *Considérations étiologiques sur le prolapsus total* (Rev. de vulgarisation clinique et thérapeutique des sciences méd., oct. 1933).

GASTON. — *Prolapsus génital chez les femmes âgées* (Thèse de Paris, 1923-24).

HARTMANN. — *Des prolapsus génitaux* (Gyn. et Obst. Paris, 1921).

JACOB. — *Contribution à l'étude du traitement du prolapsus génital des femmes âgées par la colpectomie totale conservatrice de l'utérus* (Thèse de Paris, 1921).

KOVACS. — *Arch. Gyn.*, t. 33.

KOVACS. — *Zentralbl. Gyn.* 1934, p. 218-221.

LABHARDT. — *Colpo-perineo-cleisis subtotalis pour le prolapsus des vieilles femmes* (Premier Congrès français de Gyn., Paris, 3-5 oct. 1932. — Presse Méd. n° 9, 12 nov. 1932).

LABHARDT. — *Colpo-périnéocleisis subtotale* (Soc. française de Gyn. et d'Obst., n° 1, janvier 1933).

LABHARDT. — *Colpo-périnéocleisis subtotalis* (Schw. med. Wsch. 1934).

LARDENNOIS (H.). — *A propos du traitement chir. des prolapsus génitaux chez les femmes âgées* (U. Méd. du Nord-Est, sept. 1924, n° 9).

LICCIONE. — *Le prolapsus total des femmes âgées* (The Amer. Journ. of Surg., New-York, vol. 30, n° 2, août 1935).

LONGE. — *Contribution à l'étude de l'opération de Lefort dans le traitement des prolapsus génitaux* (Thèse de Bordeaux, 1929).

MAYER. — *Résultats éloignés des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux*. Paris, Congrès franç. de Chir., 1924.

P. MOCQUOT. — *Prolapsus génital* (La Pratique Médico-chir. Paris 1931, 3^e édition, VII).

NORA. — *Prolapsus génital total chez les femmes âgées* (Thèse de Paris, 1924).

F. PAPIN. — *Prolapsus génitaux* (Journ. de médecine de Bordeaux, n° 34, 30 décembre 1934).

G. PASCALIS. — *Traitement chir. du prolapsus utéro-vaginal des vieilles femmes* (Bull. et mémoires de la soc. de méd. de Paris, 26 oct. 1935).

PETIT-DUTAILLIS. — *Modification au procédé de cloisonnement de Lefort* (Gyn. 30, p. 152-159, mars 1931).

RAYMOND. — *Traitement du prolapsus utérin chez les femmes âgées* (La Gazette méd. Limousine, n° 2, fév. 1928).

J. REVEL. — *Le cloisonnement vaginal dans le prolapsus génital chez les femmes âgées* (L'Echo méd. des Cévennes, n° 9, nov. 1932).

ROBINS. — *Traitement du prolapsus utérin chez les femmes âgées* (Virginia Med., avril 1928).

ROUHIER G. — *Traitement chirurgical des prolapsus utéro-vaginaux* (Semaine des Hôp. de Paris, oct. 1931).

ROZENSPER. — *Contribution à l'étude du traitement du prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement vaginal (opération de Lefort élargie)*. (Thèse de Montpellier, 1933.)

L. SABADINI. — *Traitement opératoire du prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement du vagin (Procédé de L. Lefort)*. (Thèse de Paris, 1923.)

L. SABADINI. — *La méthode de choix dans le traitement chir. du prolapsus vagino-utérin total des femmes âgées* (Algérie Méd., n° chir., déc. 1935).

P. SEJOURNET. — *Remarques sur une statistique de 185 interventions chir. pour prolapsus génitaux* (Bull. et mémoires de la Soc. de Chirurgie de Paris, LXXV, n° 9, 1933, séance de 2 juin).

P. SEJOURNET. — *Prolapsus génitaux, indications*. (Courrier méd. n° 49, déc. 1934).

VERGEZ et CHOUSAT. — *Quatre cas de prolapsus génital complet des femmes âgées traitées par l'opération de Lefort* (Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger, séance du 14 déc. 1935. In L'Algérie Méd., n° 105, sept. 1936).

